

**PROPUESTA PARA ASISTIR EN LA
RECONSTRUCCION POST-HURACAN DE LOS
SISTEMAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICA EN
AMERICA CENTRAL Y EL CARIBE**

RESUMEN EJECUTIVO

**CENTROS PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES (CDC), DHHS**

I. INTRODUCCION

Durante los meses de Septiembre y Octubre de 1998, varios países de America Central y el Caribe fueron fuertemente afectados por fuertes vientos y lluvias de causadas por los huracanes George y Mitch. Como resultado del huracán George, la República Dominicana sufrió pérdidas estimadas en un total de 1.2 billones de US. DLLs debido a los daños sufridos en la red de carreteras, edificios públicos y tierras cultivables. Por otro lado, la estructura y cobertura de los servicios de salud y el apoyo de las organizaciones de salud internacionales y de la comunidad de donantes permitieron una respuesta oportuna a las necesidades de salud de la población después del desastre. En el mes de Octubre el huracán Mitch azotó varios países de America Central afectando desde Costa Rica hasta Guatemala. En esta región se estimó que un total de 18,000 personas fallecieron o desaparecieron, la infraestructura carretera y de abastecimiento de agua y energía sufrió daños. Además de viviendas, una gran cantidad de edificios públicos como escuelas y clínicas de salud fueron afectadas. Muchas personas resultaron damnificadas y el abastecimiento de agua y alimentos se vio seriamente amenazado por un período de varias semanas. A pesar de la movilización de recursos de salud desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud y el apoyo de la comunidad internacional de donantes, estas condiciones favorecieron grandes desplazamientos de población y la rápida propagación de enfermedades epidémicas como el cólera, leptospirosis y dengue que fueron tempranamente identificados.

El Congreso de los Estados Unidos aprobó mil millones de dólares para apoyar la reconstrucción en los países afectados. En el área de la salud pública el Congreso solicitó propuestas para implementar fondos de ayuda de un monto equivalente a 15,000 000 US. DLLs. Los Centros para la Prevención y Control de las Enfermedades (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos presentaron en respuesta a la requisición del Congreso una propuesta de ayuda que contempla el desarrollo de una serie de actividades para asistir en la reconstrucción de los servicios de salud pública y la implementación de programas de control de problemas de salud que se han resultado por efecto de esta contingencia, la cual fue aprobada el pasado 21 de Mayo. Los CDC presentan una para reestablecer o mejorar de manera efectiva los sistemas de información en salud y la capacidad de responder a los problemas prioritarios de salud incluyendo la respuesta a emergencias epidémicas y a los desastres naturales a través del desarrollo de equipamiento y del entrenamiento en servicio. En cada país se tratará de establecer una ligazón entre estos insumos y actividades de promoción o prevención de enfermedades sustentadas en la comunidad en algún problema específico de salud seleccionado por el respectivo Ministerio de Salud.

Los sistemas de información en salud y particularmente la vigilancia de salud pública constituyen elementos fundamentales de los sistemas de salud pública de cada país tienen como objeto proveer información oportuna y confiable con relación a la ocurrencia, naturaleza y magnitud de los problemas de salud que representen amenazas para la salud de la población. Estos sistemas requieren de informes regulares y oportunos desde las instituciones de salud, el apoyo de los laboratorios de salud pública para apoyar el diagnóstico oportuno de los problemas de naturaleza infecciosa y ambiental. Requieren también de un equipo de trabajadores de salud y epidemiólogos que desarrollen el análisis de los datos de salud y ayuden a diseñar y proponer las

estrategias y acciones de respuesta, asimismo se requiere también que los responsables de la toma de decisiones en el sector salud estén bien informados de los principios epidemiológicos para así orientar de manera adecuada las decisiones en salud. Cuando los sistemas de información se implementan de manera exitosa se constituyen en instrumentos para asegurar un conocimiento adecuado de la situación de salud de la población y para desarrollar estrategias adecuadas de prevención y control de los problemas relevantes de salud en particular en cuanto a las enfermedades transmisibles de mayor potencial de propagación epidémica.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

El objetivo estratégico de la propuesta es el de contribuir al reestablecimiento y sostenimiento de la capacidad de evaluación, el diagnóstico temprano del estado de salud de la población, y la capacidad de responder de manera efectiva a los brotes de enfermedades epidémicas. Con objeto de alcanzar esta meta, el CDC propone el desarrollo de cuatro componentes o resultados intermedios (RI) que se dirigen a mejorar los sistemas de información en salud con énfasis en la vigilancia de la salud pública, actualizar la dotación de equipo y el entrenamiento del personal de los laboratorios de salud pública y al establecimiento de programas de entrenamiento para proveer a cada país de un suministro continuo de epidemiólogos de campo que asistan en los procesos requeridos para el desarrollo de una vigilancia de salud pública que contribuya de manera efectiva al desarrollo de programas y la capacidad de respuesta a las enfermedades infecciosas y no infecciosas.

RI 1. Información en salud y rehabilitación de los sistemas de vigilancia para la utilización de la información en la toma de decisiones en salud pública

RI2. Incremento en las disponibilidad de epidemiólogos de campo en la región y el entrenamiento práctico de otros profesionales en los distintos niveles de la Organización de Salud por estos epidemiólogos

RI3. Restablecimiento de la capacidad de los laboratorios de salud ambiental y de enfermedades infecciosas

RI4. Incremento de la capacidad de los ministerios de salud para diseñar e implementar sistemas de prevención y control de las enfermedades basados en la comunidad

FILOSOFIA DEL PROYECTO

1. Sostenibilidad

Se identifican tres mecanismos fundamentales para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de este proyecto: primero, el involucramiento desde el inicio del proyecto de los ministerios de salud y los actores relevantes en esta área dentro de cada país; segundo, una definición clara de la duración de la asistencia técnica del CDC dentro de este proyecto (2-3 años); y tercero, el compromiso de los representantes de salud de cada gobierno de apoyar y participar con su contraparte de recursos físicos y humanos para el desarrollo de programas y actividades seleccionadas por cada país dentro del menú de opciones presentados dentro de esta propuesta.

2. Fortalecimiento de las funciones básicas de salud pública en cada país

El proyecto está diseñado como un conjunto de actividades específicas y claramente definidas dirigidas a mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Los elementos contenidos en el mismo están relacionados como elementos que se eslabonan y constituyen elementos esenciales para el funcionamiento de cualquier programa de salud pública. Las actividades propuestas constituyen un menú de oportunidades del cual los ministerios de salud pueden seleccionar las que resulten de mayor relevancia al nivel nacional. La propuesta también lista los cambios en la salud de la población esperados a partir de la implementación de la propuesta.

3. Construir sobre las fortalezas de proyectos ya existentes

La propuesta plantea utilizar los datos de salud existentes y la experiencia de los programas nacionales de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.

4. Enfoque de colaboración regional

El proyecto se enfoca al fortalecimiento de las capacidades regionales y las de los servicios nacionales de salud pública sobre la base de la colaboración entre las distintas organizaciones. Se espera que la experiencia ganada por un país esté disponible para ser compartida con los otros países, que se analicen y utilicen los resultados de las mismas a nivel regional y de esa forma, y que se incrementen los recursos disponibles para estos países.

RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de las actividades propuestas dentro de cada uno de los cuatro componentes de esta propuesta tiene como objetivo alcanzar los siguientes resultados.

R11: Información en salud y rehabilitación de los sistemas de vigilancia para la utilización de la información en la toma de decisiones en salud pública

1. Mejoramiento del sistema de información o las funciones del sistema de información (detección, reporte, análisis, diseminación, planeación)
2. Utilizando la metodología desarrollada por el programa de Datos para la Toma de Decisiones, implementar proyectos que permitan mejorar la capacidad de desarrollar y conducir los planes locales de salud
3. Entrenamiento en comunicación y producción de boletines epidemiológicos que integren la información de vigilancia de salud pública de cada país a nivel regional
4. Diseminación de la información de salud pública a nivel nacional

5. Incorporación de un plan o sistema de alarma precoz que permita de manera rápida identificar cambios en el patron de las enfermedades
6. Identificación de las areas problematicas claves en las cuales los entrenados del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP) participarían apoyando a los ministerios de salud en los 3 años siguientes
7. A traves de un proceso de identificación de prioridades, desarrollo de intervenciones sobre problemas nacionales de salud en los cuales se puede demostrar éxito

IR2: Incrementar la disponibilidad de epidemiólogos de campo (trabajadores de salud pública) en la región y entrenamiento de trabajadores de salud por estos epidemiólogos en los otros niveles

1. Entrenar un total de 38 epidemiólogos de campo en la región a lo largo de 2 años
2. Establecer dos centros sede regionales que den apoyo al entrenamiento en la región ligados a los programas de los países.

A traves de las actividades de servicio del FETP se espera alcanzar los siguientes resultados que impactaran distintos niveles de organización de los servicios de salud pública

1. Epidemiólogos de campo entrenen a personal clinico y trabajadores de salud, en salud pública y epidemiología. Se estiman aproximadamente 50-100 entrenados por año
2. Contribuir al desarrollo de los sistemas de información en salud de cada país a traves de proyectos de servicio desarrollados con apoyo de los FETP
3. Medida de los indicadores del estado de salud y de la magnitud de las enfermedades en la población
4. Realizar investigaciones de epidemias
5. Organizar, conducir y evaluar sistemas de vigilancia
6. Identificar factores de riesgo, y poblaciones a riesgo, para las enfermedades más comunes
7. Identificar, dar respuesta, y encontrar soluciones a las amenazas emergentes no identificadas para la salud pública
8. Evaluar la efectividad de la prestación de servicios de salud y de la utilización de los recursos de salud para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población
9. Evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones de prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud

10. Comunicar apropiadamente, analizar, e interpretar la información de salud de manera oportuna para los que desarrollan las políticas de salud.

IR3: Desarrollo de la capacidad del laboratorio para enfermedades infecciosas y en salud ambiental

1. Desarrollo de planes para aumentar la capacidad de laboratorios a nivel regional y nacional
2. Dotación de equipos necesarios para actualizar la capacidad de diagnóstico en enfermedades infecciosas y salud ambiental
3. Entrenamiento del personal de laboratorio en su propio país
4. Entrenamiento internacional del personal de laboratorio
5. Desarrollo de estándares y procedimientos para la determinación de la idoneidad de las pruebas y el aseguramiento de la calidad de los diagnósticos

IR4: Capacidad de los Ministerios de Salud para el diseño e implementación de programas de prevención y control de enfermedades basados en la comunidad

1. Seleccionar, basado en la revisión de los sistemas de información en salud, al menos un problema de salud en el país
2. Definir e implementar mejoramientos en el sistema de salud para la prestación de servicios (mejoramiento de los procesos)
3. Definir los medios para medir el impacto en salud en los próximos 5 años (indicadores de salud)
4. Utilizar el personal de los FETP y DDM para involucrar la comunidad en las actividades de prevención y control.
5. Compartir las experiencias obtenidas en el proyecto por los países participantes de la región.

ORGANIZACION

Dentro de los CDC la responsabilidad de esta propuesta descansa en la División de Salud Internacional de la Oficina del Programa de Epidemiología. La contraparte primordial para el desarrollo de esta propuesta en cada país participante la constituye el Ministerio de Salud Pública. También se cuenta con la participación de Centros Nacionales y Programas dentro de los CDC, entre otros el Centro Nacional de Salud Ambiental, el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas, el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Centro Nacional para la

Prevención y Control de la Infección por VIH-SIDA, las Enfermedades de Transmisión Sexual y la Tuberculosis, la Oficina del Programa de Práctica de la Salud Pública, y la Oficina de Salud Mundial

Participan también colaboradores externos como La Asociación de Laboratorios de Salud Pública de los Estados Unidos (APHL), la Red Mundial de Programas de Entrenamiento en Epidemiología e Intervenciones en Salud Pública (TEPHINET), las misiones regionales y nacionales de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a nivel central, regional y las representaciones nacionales.

Varios de los países de la región afectada comparten no solo fronteras sino también problemas de salud y de operación de los servicios de atención a la población. Este proyecto tratará de integrar y hacer más eficiente el entrenamiento orientándolo de manera regional. Durante las fases de preparación del proyecto se identificará el expertismo en las distintas áreas de cada país. Un ejemplo de lo anterior lo constituye la existencia de programas de maestría en salud pública existentes en Costa Rica, Honduras y Nicaragua, donde el expertismo en el desarrollo de planeación de salud puede ser identificado.

Siempre que esto sea factible el CDC seguirá la siguiente jerarquía para la selección del personal que participará en las labores de asistencia técnica: (1^o) expertismo dentro de cada país, (2^o) expertismo a nivel regional, (3) coordinadores de los programas de la red TEPHINET en la región, (4^o) expertismo proveniente de alguno de los países participantes de la red TEPHINET en la región (México, Colombia, Perú u otro), (5^o) CDC.

El CDC reconoce que muchas instituciones se han incorporado a los esfuerzos de reconstrucción y asistencia a los países afectados por los huracanes Mitch y George, y que la coordinación con estas será crucial para garantizar el éxito y evitar ineficiencia o duplicación innecesaria de esfuerzos. El CDC es una organización comprometida al trabajo de colaboración con diversas organizaciones para alcanzar las metas de salud que se propone esta propuesta. Con este espíritu, los planes de trabajo se desarrollarán e implementarán únicamente después de ser considerados por los ministerios de salud, las oficinas de la USAID y OPS en cada país y con otras organizaciones relevantes dentro de cada país.

Siempre que sea factible el CDC promoverá el uso de estrategias regionales para alcanzar los objetivos presentados en esta propuesta. El tamaño relativamente pequeño de las poblaciones de estos países, su proximidad geográfica, la perspectiva histórica y cultural común, y los antecedentes de colaboración entre ellos son elementos a favor para desarrollar este enfoque. Por lo tanto, las actividades se conducirán a nivel sub-regional y también específico de cada país.

COORDINACIÓN DEL PROYECTO

Dentro de los CDC

Este proyecto se apoya en el expertismo y los aportes de varios centros nacionales y oficinas dentro de los CDC. La coordinación general será llevada a cabo por la Oficina de Salud Internacional (DIH) del Programa de Epidemiología (EPO), la cual servirá de punto de contacto con la USAID. La coordinación de EPO supervisará la implementación de las actividades en los cuatro Resultados Intermedios, llamará a reuniones regulares con los responsables y contrapartes nacionales de cada subproyecto, preparará reportes trimestrales, y facilitará las comunicaciones. Para desarrollar estas actividades EPO contratará un epidemiólogo de tiempo completo, un consejero de salud pública y personal de apoyo administrativo que estarán en contacto permanente con los responsables de cada país y con el Comité Coordinador.

Para el desarrollo de cada proyecto y de acuerdo a las necesidades específicas, EPO obtendrá apoyo de los múltiples Centros y Oficinas dentro de los CDC. Para el desarrollo de cada componente del proyecto (RI) se formará un equipo de trabajo con los distintos contrapartes técnicas involucradas. El líder de cada grupo será responsable de la coordinación y la evaluación del avance de los planes de trabajo específicos, la coordinación cotidiana con los miembros de otros RI, y la preparación de los informes para la Unidad de Coordinación local y para el Comité de Coordinación del Proyecto.

Muchas de las actividades se encuentran listadas en varios de los RI. De hecho, el proyecto presenta un objetivo estratégico común con varios objetivos secundarios, actividades y metas interrelacionadas.

Coordinación entre CDC Atlanta y personal del CDC en cada país

La Unidad de Coordinación General del Proyecto (EPO) será responsable de dirigir las comunicaciones con el personal asignado en campo, y periódicamente recibirá, consolidará, evaluará y diseminará los reportes trimestrales de cada país. La unidad será también responsable de la coordinación y comunicación con USAID/Washington. Sin embargo, la coordinación recomienda la comunicación directa y expedita entre los distintos grupos participantes.

Coordinación dentro de cada país

Los planes específicos de trabajo para cada país serán desarrollados en colaboración con los respectivos Ministerios de Salud, la representación local de la OPS y de la USAID, además de otras entidades locales interesadas. Los Ministerios de Salud se comprometerán a proporcionar espacio físico, apoyo de personal y logístico como contraparte para la implementación de los fondos y actividades contenidos en esta propuesta. El consultor residente de CDC (2 a 3 años) facilitará la comunicación dentro de los distintos niveles y programas del Ministerio asimismo como para el desarrollo a largo plazo de capacidad técnica en cada país. Los coordinadores prepararán reportes trimestrales y anuales que serán entregados al Ministerio y estarán también

disponibles para otros grupos o personas en base a solicitud. Se llevará una Evaluación Conjunta Semestral del avance y resultados del proyecto para cada componente que presentará recomendaciones factibles y que serán consensadas con los participantes del proyecto.

Los consultores residentes del CDC trabajarán en colaboración con las misiones locales de la USAID; proveerán informes de acuerdo con cada misión, los planes de trabajo serán revisados y aprobados por ellos, y se les entregará copia de los informes trimestrales y anuales del avance del proyecto. Por otro lado, USAID será invitado a participar en las Evaluaciones Conjuntas Semestrales.

La comunicación entre las distintas entidades participantes a nivel local se llevará a cabo a través del consultor residente de los CDC quien será responsable en general del proyecto. Por su parte, la Unidad de Coordinación del Proyecto (EPO) proveerá asistencia técnica y apoyo para la solución de problemas que no se puedan manejar con los recursos técnicos y de personal a nivel local a solicitud del consultor residente.

Comite de Coordinación Interinstitucional

Con objeto de hacer más efectiva la implementación de este proyecto los CDC convocaron a la constitución de un Comité de Coordinación con organizaciones regionales que participan asistiendo a los países en el campo de la salud pública. Son miembros de este comité los CDC, la Asociación Americana de Laboratorios de Salud Pública (APHL), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), la Red Mundial de Programas de Entrenamiento en Epidemiología e Intervenciones de Salud Pública (TEPHINET). El Comité tuvo su primera reunión el día 2 de Julio en la ciudad de Atlanta y definió su papel de la siguiente forma:

- 1) Compartir experiencias para mejorar la eficiencia de los aportes
- 2) Proveer asistencia en la planeación e implementación del proyecto
- 3) Revisar el progreso hacia la consecución de los resultados y objetivos cada 6 meses y hacer sugerencias para el mejoramiento
- 4) Asegurar la coordinación de los aportes (toda clase de aportes) en la región.

Coordinación Regional

En la región Centroamericana y del Caribe existen varias organizaciones de carácter regional que se encuentran asistiendo a los gobiernos en el desarrollo de tareas de salud pública, de manera más sobresaliente están la OPS y G-CAP. El CDC plantea actuar como un recurso de apoyo para estas entidades sobre la base de solicitudes, reuniones y actividades que serán coordinadas de manera bilateral con estas organizaciones. Los recursos técnicos generados por el proyecto dentro de cada país serán puestos a disposición de los países de manera rutinaria al igual que al resto de los participantes--por ejemplo, mapas de distribución de enfermedades, estrategias de control de enfermedades etc. Mecanismos específicos serán identificados y puestos a funcionar a partir de las visitas de evaluación a cada país.

Uno de los consultores residentes será designado coordinador regional y será responsable de promover y coordinar las actividades que tengan aplicación regional y también será un recurso de asistencia técnica para los otros consultores. Este coordinador será responsable de convocar a las reuniones nacionales o asistir a los convocados por la OPS. También deberá convocar a reuniones técnicas semestrales del personal de CDC y de sus contrapartes en cada uno de los países participantes para monitorear las actividades y proveer un foro para el intercambio de experiencias de interés regional. Dada la naturaleza de las tareas de la OPS en la región, el coordinador se comunicará directamente con la OPS/Washington y con otras entidades de carácter regional con copia a la Unidad de Coordinación (EPO) en Atlanta.

Plan de Actividades para la Implementación del Proyecto

1. Presentación del proyecto e identificación de las contrapartes nacionales por medio de visitas de pre-evaluación por equipos del CDC a cada país participante
2. Desarrollar herramientas estandarizadas para la evaluación en cada país
3. Planear y promover la asistencia de los países que recibirán la donación al taller regional del Proyecto de Reconstrucción a celebrarse 1 y 2 de Septiembre en San Salvador. El taller tendrá los siguientes objetivos
 - Mostrar ejemplos que ilustren el rango de las actividades mencionadas en los Resultados Intermedios
 - Ejemplos de resultados de proyectos similares (regionales, otros)
 - Explicación de propuestas, logística y actividades en el nivel nacional (personal, fondos, local)
4. Regreso de los nacionales a su país de origen e inicio de la planeación de las visitas del CDC. Personal del CDC entrenado y listo para la evaluación en cada país
5. Los equipos van al país para realizar la evaluación y apoyar a los nacionales en la escritura de una propuesta específica incluyendo todos los RI
6. Regreso de los equipos a Atlanta (el líder de cada equipo presenta y defiende la propuesta ante el comité evaluador)—presentación en reunión para su consideración
7. Toma de decisiones, elementos para la re-financiación y lugares para establecer FETP's
8. Plan de trabajo para USAID (120 días después IAA).
9. Implementación – evaluación específica del seguimiento, personal, cronograma, etc dependiendo de las actividades específicas seleccionadas.

Presupuesto en Dolares para el Proyecto de Reconstrucción

	Primer año	Segundo año	Tercer año	Total
RI1 =	1,201,620	443,644	0	1,645,264
RI2 =	508,524	353,940	202,940	1,065,404
RI3 =	1,272,000	3,698,000	0	4,970,000
RI4 =	472,750	257,000	0	729,750
Staff =	1,662,501	1,694,779	1,232,302	4,589,582
PAHO =	1,000,000	1,000,000		2,000,000
Total				15,000,000

Cronograma de actividades iniciales, Julio – Noviembre, 1999

Actividad	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov
1. Herramientas & Planeación del taller					
2. Taller					
3. Plan de visitas					
4. Evaluación del país					
5. Revisión de la evaluación					
6. Decisión de financiamiento					
7. Plan de trabajo final					
8. Implementación					

